

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 62

Contribution à l'Étude des Kystes du Vagin au cours de la Grossesse

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 1^{er} Décembre 1939

PAR

BOBÏNKOVITCH Vladimir

né à Velès (Yougoslavie) le 2 Février 1906

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	AIMES, professeur, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		RICHE, professeur		
		COLL DE CARRERA, prof. agrégé		
		CADÉRAS DE KERLEAU, ch. d'agr.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARCOU & GHIBAUDO

34, Rue Alexandre-Cabanel

Téléphone 51 10

1939

Contribution à l'Etude
des Kystes du Vagin
au cours de la Grossesse

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 62

Contribution à l'Étude des Kystes du Vagin au cours de la Grossesse

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 1^{er} Décembre 1939

PAR

BOBÏNKOVITCH Vladimir

né à Vélès (Yougoslavie) le 2 Février 1906

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	AIMES, professeur, <i>Président</i> RICHE, professeur COLL DE CARRERA, prof. agrégé CADÉRAS DE KERLEAU, ch. d'agr.	{	<i>Assesseurs</i>
---------------------------	---	---	---	-------------------

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARCOU & GHIBAUDO

34, Rue Alexandre-Cabanel — Téléphone 51.10

1939

Personnel de la Faculté

Professeurs

Anatomie
 Histologie
 Physiologie
 Chimie biologique et médicale et toxicologie
 Physique médicale
 Anatomie pathologique et médecine expérimentale
 Microbiologie
 Pathologie et thérapeutique générales
 Thérapeutique et matière médicale
 Hydrologie thérapeutique et climatologie
 Hygiène
 Médecine légale et médecine sociale
 Pathologie médicale et clinique propédeutique
 Clinique médicale
 Clinique chirurgicale
 Clinique obstétricale
 Clinique des maladies mentales et nerveuses
 Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge
 Clinique de dermatosyphiligraphie
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique des maladies des voies urinaires
 Clinique gynécologique
 Clinique ophtalmologique
 Clinique d'oto-rhino-laryngologie
 Radiologie (ch. de c.)
 Anatomie (ch. de c.)
 Histologie (ch. de c.)
 Propédeutique chirurgicale

MM. J. DELMAS
 TURCHINI
 L. HEDON
 CRISTOL
 PECH.
 BAUMEL
 LISBONNE.
 PAGES.
 JANBON.
 PUECH.
 CARRIEU.
 VIDAL.
 BOULET.
 GIRAUD.
 RIMBAUD.
 MASSABUAU, assesseur.
 RICHE.
 P. DELMAS.
 EUZIERE, doyen.
 BOUDET.
 MARGAROT.
 ETIENNE.
 JANBRAU.
 LAPEYRE.
 DEJEAN.
 TERRACOL.
 LAMARQUE.
 LAUX.
 GGRANEL.
 AIMES.

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. ROPET, TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS
 GALAVIELLE, BOSC, VIRES, VILLARD, CABANNES, GRYNFELT

Chargé de cours complémentaires

Pathologie externe
 Médecine opératoire
 Chirurgie expérimentale
 Clinique phthisiologique
 Pathologie médicale et clinique prodédeutique médicale ..
 Clinique prodédeutique médicale
 Clinique des maladies contagieuses
 Stomatologie
 Histoire naturelle médicale

MOURGUE-MOLINES.
 ROUX, agrégé.
 GUIBAL, agrégé.
 VIDAL, Prof.
 N...
 P. RIMBAUD, agrégé.
 JANBON, Prof.
 Dr FERRIER, ch. de c
 Dr HARANT, agrégé.

Agrégés en exercice

Médecine. MM. P. RIMEAUD.
 BOUCOMONT.
 BERT.

Chirurgie MM. MOURGUE-MOLINES
 GUIBAL.
 ROUX.
 Urologie TRUC.
 Chimie MONNIER.
 Bactériologie CARRERE.
 Ophtalmologie DEJEAN.
 Obstétrique CADEBAS DE KERLEAU.

Examineurs de la thèse

AIMES, prof. agrégé, *président*
 RICHE, professeur

COLL DE CARRERA, prof. agrégé
 CADÉRAS DE KERLEAU, ch. d'agr.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A MON ONCLE ET A MA TANTE

En témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MA FEMME

Témoignage de mon amour et de ma profonde gratitude.

A MON COUSIN STRACHIL ET A SA FEMME

Comme preuve de ma profonde reconnaissance.

A MES SCEURS ET A MES BEAUX-FRERES

Affectueusement.

A MON FRERE ET A MA BELLE-SŒUR

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AIMES

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE MONTPELLIER

AVANT-PROPOS

Au début de ce bien modeste travail qui marque le terme de notre vie d'étudiant, riche souvent en heures d'angoisse et en émotions de toutes sortes, c'est pour nous un bien agréable devoir de témoigner notre infinie reconnaissance à notre cher oncle et à notre chère tante, ainsi qu'à notre cousin Strachil, leur fils. Après avoir entouré notre enfance des soins les plus doux et les plus affectueux, ils n'ont reculé devant aucun sacrifice pour nous permettre de mener à bien notre formation intellectuelle et morale. Que leur vie toute d'honneur, de travail et de dévouement nous soit un modèle dans la carrière que nous avons choisie.

Qu'il nous soit permis maintenant d'adresser nos remerciements à tous ceux qui se sont intéressés à nous pendant le cours de nos études, et de leur témoigner notre profonde gratitude pour les connaissances médicales que nous possédons.

Nous tenons, d'abord, à remercier Monsieur le Professeur Aïmes qui, en nous accueillant avec une si grande complaisance, a grandement facilité notre tâche

en nous inspirant le sujet de ce travail. De plus, il nous a fait un très grand honneur en acceptant la présidence de cette thèse. Aussi, sommes-nous heureux de pouvoir lui affirmer combien nous lui en sommes reconnaissant et de le prier de vouloir bien agréer l'expression de toute notre gratitude.

Nous remercions également tout particulièrement Monsieur le Professeur E. Grynfeldt qui a bien voulu nous communiquer l'étude histologique détaillée du kyste de notre observation.

Nous remercions enfin bien vivement tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier de nous avoir appris à aimer notre art grâce à leur enseignement si complet, si intéressant et qui nous fut si profitable.

INTRODUCTION

Monsieur le Professeur Aimes, à propos d'un cas inédit de kyste du vagin au cours de la grossesse, a bien voulu nous confier leur étude comme sujet de notre thèse inaugurale.

Les kystes du vagin au cours de la grossesse sont rares. Leur pronostic est, généralement, bénin.

Depuis déjà plus d'un siècle, nombreux sont les auteurs français et étrangers qui ont étudié les kystes du vagin. Actuellement, nous en possédons de multiples travaux approfondis, quelques thèses et de nombreuses publications. Tous ont contribué, plus ou moins, à élucider certains chapitres de cette question et surtout la pathogénie, qui est restée, cependant, pour de nombreux cas, même de nos jours, assez confuse.

Etude Générale des Kystes du Vagin

HISTORIQUE

Les kystes du vagin ont été étudiés par de nombreux auteurs aussi bien en France qu'à l'étranger.

Le premier mémoire écrit, dû à l'Ecossais Oakley Henning, parut en 1831. Cependant, bien avant lui, Morgagni, puis Haller en 1765, auraient observé quelques cas de kystes du vagin. Leurs observations sont restées inédites.

Mais ce fut Huguier qui, en 1847, publia la première étude approfondie de la question. Il est le premier des auteurs qui étudient le problème des kystes du vagin au point de vue de l'anatomie pathologique et leur attribue une origine glandulaire.

Dès cette époque, les travaux et les observations, plus ou moins importants, se multiplient. L'attention des auteurs est attirée désormais surtout par l'étude pathogénique.

Ainsi parurent les publications de :

Ladreit de La Charrière et Verneuil (1858), Veit (1867), Gothard (1869), Von Winckel (1871), Kalten-

bach (1873), Von Preuschen (1874), Eustache (1878), Max Graefe, Zuckerkandl (1882), De Sinety (1884), Til-
laux (1885) et Thalinger, Poupinel (1889), Combes (Thèse de Paris, 1889), Villebrun (Thèse de Montpellier, 1889), Santoni (Thèse de Paris, 1890), Chalot (1892), Puech (1892), Geyl (1894), Mlle E. Zeligson (Thèse de Paris), Brodier (1896), Neugebauer (1897), Tailhefer (1897), Picque (1898), Davidson (1900), Pincus (1900), Feurtet (Thèse 1901), Meyer (1902), Castaing et Dieulafé (1902), Abadie, Dainville, Frédet (1903), Marion (1903), Cova (1904), Cullen (1904), De Rouville (1908), Risch (1909), Hardouin (1910), Polizotti (1910).

Enfin, plus récemment, citons les travaux de: Hartmann (Thèse de Paris, 1918), Vautrin (1919), Tourneux (1920), Bérard et Dunet (1921), Thiery et Lazarides (1920), Paucot (1922), Auvray (1924), les nouvelles observations de Dieulafé (1923 et 1928), G. Cauquil (Thèse de Toulouse, 1925), De Rouville (1928), Vayssière (1931), Montcerisier (Thèse de Marseille, 1931), Montpellier et Laffargue (1933), Le Lostec (Thèse de Bordeaux, 1933), enfin la toute récente thèse de Mlle J. Raynaud (1939).

Etiologie

L'étiologie des kystes du vagin est souvent très difficile à déterminer. Ceci à cause, sans doute, de leur évolution lente et au début, tout au moins, dépourvue de toute manifestation clinique susceptible d'attirer l'attention de la malade.

Les kystes du vagin existent à tous les âges : depuis la naissance (Lannelongue et Achard) jusqu'à la vieillesse. Mais, l'âge où ils se rencontrent le plus fréquemment, c'est l'âge adulte, au cours de la vie génitale de la femme.

On a souvent incriminé le traumatisme, surtout le traumatisme obstétrical et chirurgical ; les accouchements laborieux, les applications de forceps, les déchirures périnéales (Budin, Le Lostec et surtout Marion).

L'origine traumatique des kystes vaginaux, quoiqu'elle n'ait rien d'in vraisemblable *à priori*, reste cependant à prouver. Cette hypothèse, d'ailleurs, n'exclue pas la formation de ces tumeurs aux dépens de tel ou tel résidu wolffien, gartnérien ou müllérien, que nous étudierons au chapitre de la pathogénie.

La grossesse peut-elle être la cause de l'apparition de kystes dans le vagin ? On l'a cru, mais il est difficile d'admettre cette hypothèse, car le kyste pouvait très bien être antérieur à la grossesse et passer inaperçu. En effet, les kystes augmentent, le plus souvent, très rapidement de volume pendant la grossesse, comme du reste toute la sphère génitale.

Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, et l'éventualité contraire a pu être également observée, quoique beaucoup plus rarement (Le Lostec).

Pathogénie

Le problème de la pathogénie des kystes du vagin a été longuement étudié et âprement discuté. Malgré le nombre considérable des ouvrages qui traitent cette question et quoiqu'elle semble bien établie actuellement, il n'en est pas moins vrai que, pour un certain nombre de cas, la pathogénie demeure encore obscure.

Pour expliquer la formation des kystes du vagin, on a invoqué un grand nombre de théories. On peut les grouper en trois grandes catégories.

1° Théories anciennes à l'heure actuelle abandonnées

a) *La théorie de l'hygroma* a été défendue par Comty et acceptée par Verneuil, Eustache, Tillaux et Thalen-ger.

b) *La théorie lymphatique* d'après laquelle le kyste serait une dilatation des lymphatiques (Klebs, Wilhem).

2° Théories exceptionnelles

a) *Théorie de l'inclusion traumatique.*

b) *Théorie de l'accolement de replis de la muqueuse vaginale sous l'influence de processus inflammatoires.*

Ces théories ne peuvent expliquer qu'un nombre infime de kystes du vagin.

3° *Théories principales*

a) *Théorie glandulaire.* — C'est la première en date, puisque Huguier l'a soutenue dès 1847. Plus tard, d'autres auteurs l'ont défendue et parmi eux se trouvaient Oakley, Henning, Von Preuschen, Dubois, Guérin. Bientôt cette théorie a été abandonnée, car nombre d'auteurs démontrèrent que la paroi vaginale ne possédait pas de glandes. Ce qui a fait dire au professeur Sappey : « Quelques auteurs avancent que la muqueuse vaginale est riche en glandes mucipares. Malgré de longues et attentives recherches, il ne m'a pas été donné d'en rencontrer le moindre vestige ».

Or, ultérieurement, Von Preuschen a décrit des glandes tubulées au voisinage de la vulve chez un sixième des femmes. Davidson, Meyer les ont vues également. Testut est du même avis en concluant que dans un certain nombre de cas il peut exister des glandes erratiques aux deux extrémités du vagin. Frédet admet que les kystes juxta-vulvaires peuvent reconnaître une origine glandulaire. C'est l'opinion également de Castaing et Dieulafoy, de Marion, de De Rouville.

b) *Théorie congénitale müllerienne.* — De la fusion des deux canaux de Müller sur la ligne médiane résulte le canal utéro-vaginal ou canal de Leuckart.

Sa partie supérieure ou utérine est revêtue par un épithélium prismatique, sa partie inférieure ou vaginale tapissée par un épithélium pavimenteux.

« Or, tandis que la portion utérine reste creuse, la portion vaginale se transforme en un cordon plein par prolifération de ses cellules pavimenteuses de revêtement, et cette prolifération dépasse même les limites du vagin et envahit sous forme de bourgeons épithéliaux les tissus périphériques.

Un de ces bourgeons peut s'isoler, s'inclure dans la paroi musculo-conjonctive du vagin et proliférer plus tard pour donner naissance à un kyste. Celui-ci possèdera un revêtement épithélial pavimenteux » (Forgue et Massabuan).

c) *Théorie congénitale wolffienne.* — Le plus grand nombre des kystes du vagin peut être expliqué par cette théorie. Rappelons, en quelques mots, ce qu'est le canal de Wolff et son rôle chez l'embryon.

C'est le canal excréteur du rein primordial de l'embryon (corps de Wolff). Peu après sa sortie du corps de Wolff, il se divise en deux conduits : l'un antérieur ou ventral, l'autre postérieur ou dorsal. Le premier recevra, par la suite, le nom de canal de Gartner, le second celui de canal de Müller. Chez la femme, seul le canal de Müller se développe, pour constituer, en s'accolant avec celui du côté opposé, le canal utéro-vaginal.

Normalement, la disparition des canaux de Wolff doit être totale. Cependant, ils peuvent subsister sur toute la hauteur du ligament large, ce qui est une éventualité

rare. Il est fréquent, par contre, de constater différentes formations vestigiales qui persistent et pouvant donner, ultérieurement, naissance à des kystes.

Au point de vue macroscopique, le siège de ces vestiges wolffiens, créateurs de kystes, peut se trouver sur toute la hauteur de la filière génitale, depuis le col de l'utérus jusqu'au voisinage de l'hymen (Klein, Grochiff).

Microscopiquement, les kystes du vagin d'origine wolffienne se caractérisent par un revêtement épithélial cylindrique.

Poupinel pense que l'origine wolffienne des kystes du vagin se rencontre dans 80 % des cas.

Théorie des inclusions épithéliales

M. le Professeur Dieulafoy de Toulouse, avec le Docteur P. Castaing, a émis cette théorie en 1902; elle a été reprise, en 1932, dans la thèse de Noguès. Elle explique certains cas de formations kystiques en s'appuyant sur des données embryologiques. « Les travaux de Tourneux, dit-il, ont montré que les deux canaux de Müller accolés finissent par fusionner pour constituer le canal de Leuckart. L'épithélium qui tapisse sa cavité est prismatique dans la partie utérine et pavimenteux dans la partie vaginale.

L'épithélium vaginal va proliférer beaucoup, formant un cordon plein qui obstruera la lumière du canal. Ce cordon donnera des expansions latérales à sa par-

tie supérieure qui seront plus tard des culs-de-sac du vagin.

Par la suite, cette masse épithétiale va se résorber, son emplacement marquera la cavité vaginale, qui sera d'autant plus grande que la lame épithétiale aura davantage proliféré.

Mais cette lame bourgeonne également par toute sa périphérie et ces bourgeons pénètrent en tous points les tissus avoisinants ; ils peuvent accidentellement, au cours de l'évolution, s'isoler et par la suite être l'origine de kystes du vagin ».

Théorie péritonéale

Proposée et émise en Allemagne par Zuckerkandl en 1891, elle a été défendue en France par Frédet. Elle explique la formation de certaines poches kystiques par l'absence d'accolement d'une certaine portion de surface, d'un reliquat du cul-de-sac de Douglas embryonnaire. De cette façon, il se forme une cavié communiquant avec celle du péritoine par un étroit pertuis. Si ce dernier venait à s'oblitérer, il se formerait une poche kystique dont le revêtement épithétial est de même nature que celui du péritoine embryonnaire.

Frédet n'a accepté cette théorie que pour un seul cas de kyste postérieur du vagin.

Nous pensons formuler toutes réserves à propos de cette théorie qui ne peut englober que des kystes exceptionnels, d'origine extra-vaginale, ne naissant donc pas des éléments propres de la paroi vaginale.

Nous voyons combien sont nombreuses les théories de la pathogénie des kystes du vagin, et nous sommes bien loin d'énumérer toutes celles qui ont été émises. La clinique et l'anatomie pathologique de tous les jours nous montrent qu'aucune de ces théories ne doit être exclusive et que nous devons être éclectiques. Cependant, la grande majorité des cas résulte, incontestablement, de l'évolution de débris embryonnaires.

Anatomie Pathologique

Les kystes du vagin sont, en général, assez rares. Cependant, d'après Poupinel, on les rencontrerait chez 3 % des femmes. Nous savons qu'ils peuvent passer inaperçus.

On les rencontre sur n'importe quel point des parois vaginales, avec une prédominance marquée, pourtant, sur les parois antérieure et postérieure. Les antérieurs siègent surtout dans le tiers inférieur du vagin, ceux de la paroi postérieure dans les tiers moyen et inférieur.

Le plus souvent uniques, dans 20 % des cas, d'après Poupinel, ils sont multiples. Dans ce dernier cas, on en trouve, le plus souvent, deux ou trois. Dieulafoy en a vu quatre (1923), Reboul en a noté cinq. Lorsqu'ils sont en plus ou moins grand nombre, ils sont agglomérés ou disposés en chapelet (Jonston).

Leur volume est variable et peut aller de celui d'un petit pois à celui d'une tête fœtale (Veit, L'Escuyer de Villers).

La forme de ces kystes est habituellement arrondie, rarement allongée ou piriforme (Poupinel). Ils sont profonds ou superficiels, sessiles ou pédiculés.

D'aspect variable, la muqueuse qui les recouvre peut être saine. D'autres fois, elle est si distendue et si mince qu'elle devient translucide et transparente.

En ce qui concerne leur consistance, les kystes sont tendus, mous ou élastiques, dépressibles (Auvray) ou fluctuants (Hardouin).

Paroi kystique. — La paroi est d'épaisseur variable. Sa surface extérieure est lisse, bleuâtre ou rosée (Frédet, Vayssière). La surface intérieure est rosée, lisse ou recouverte de papilles.

Microscopiquement, la paroi des kystes est constituée par deux couches : l'une externe, conjonctivo-musculaire, vasculaire, peut être très adhérente à la muqueuse vaginale. L'autre, interne, épithéliale, à grandes cellules cylindriques, avec gros noyau situé à la périphérie ou à la partie moyenne. Cette couche repose quelquefois sur une basale et peut être ciliée.

Le type d'épithélium pavimenteux stratifié est d'une observation moins courante. Il peut, d'ailleurs, coexister avec l'épithélium cylindrique et même avec l'épithélium cubique (Tourneux, 1920). Dans certains cas, enfin, on n'a trouvé aucun revêtement épithélial ou endothélial (Huguier, Ladreit de La Charrière, Verneuil).

Le contenu des kystes est tantôt liquide, citrin, très fluide (Frédet), tantôt visqueux, opalescent. Il peut être de couleur café au lait (Puech), chocolat (De Rouville) ou marron (Frédet). Enfin, dans les kystes infectés, il est purulent.

L'étude microscopique et chimique du contenu des kystes du vagin révèle des éléments mucoïdes, des globules graisseux, des cellules épithéliales pavimenteuses, des globules rouges, quelques polynucléaires, des cellules en voie de dégénérescence, des cristaux de cholestérine, des pyocytés, de l'urée et enfin du chlorure de sodium.

Etude Clinique

La symptomatologie des kystes du vagin est essentiellement variable. Très souvent passant inaperçus, quelquefois c'est à l'occasion d'un examen gynécologique fortuit qu'on constate la présence d'une tumeur dans la cavité vaginale. D'autres fois, c'est la malade elle-même qui découvre le kyste en faisant sa toilette.

Les symptômes fonctionnels sont très souvent complètement absents. En effet, les kystes du vagin sont, habituellement, indolores, ne sont la cause d'aucun trouble vésical ou rectal et sont bien tolérés.

Cependant, on observe des cas dans lesquels ces troubles existent et sont plus ou moins accusés. La malade se plaint de pesanteur dans le bas-ventre, de douleurs ou de gêne pendant le travail et la marche. Le kyste, quand il est assez volumineux, peut entraîner des troubles de la miction et de la défécation.

On a observé souvent de la leucorrhée et des pertes muco-purulentes, fréquentes surtout dans les cas de kystes volumineux, enclavés dans le vagin. C'est ainsi qu'ils peuvent constituer un obstacle au coït (Auvray, Neugebauer) et devenir un facteur de stérilité (Montcerisier).

Symptômes physiques. — A l'inspection, très souvent, on ne remarque rien d'anormal. D'autres fois, en faisant pousser la malade, on peut voir le kyste à la vulve.

Le toucher vaginal, combiné au palper, ne doit être pratiqué qu'après évacuation du contenu vésical. Il nous révèle la présence d'une tumeur de consistance molle ou relativement ferme, fluctuante; arrondie ou piriforme (Poupinel), bien limitée; sessile ou pédiculée; indolore et mobile.

Grâce au speculum nous pouvons apprécier son siège et surtout l'état de la muqueuse vaginale. Celle-ci, au niveau de la tumeur, est déplissée, amincie. Les autres parois du conduit vaginal, les culs-de-sac, sont normaux.

Le toucher rectal doit être fait dans les cas de kystes postérieurs.

Il ne faut jamais omettre l'examen attentif de la vessie, et particulièrement quand il s'agit de kystes de la paroi antérieure. On évitera ainsi la confusion avec une cystocèle ou un diverticule vésical.

La ponction exploratrice, qu'on doit entourer d'une asepsie rigoureuse, est, le plus souvent, superflue. Cependant, dans nombre de cas, elle peut donner d'utiles renseignements sur le contenu et la nature du kyste. Mais elle ne devra être pratiquée qu'après un diagnostic certain.

De l'influence des kystes du vagin sur la grossesse

Les kystes pouvant constituer un obstacle au coït, deviennent un facteur important de stérilité chez la

femme. Dans une statistique de Poupinel, sur 69 cas étudiés, on relève 23 femmes stériles. Neugebauer, sur 48 femmes mariées, porteuses de kystes, en trouve 18 qui n'ont jamais eu de grossesse.

Les troubles de la grossesse occasionnés par un kyste du vagin qu'on observe chez certaines malades, sont loin d'être négligeables.

La vessie et le rectum sont les premiers à souffrir d'un kyste trop volumineux qui se développe dans leur voisinage.

Les troubles vésicaux déjà considérables par la compression de l'utérus gravide vont s'accroître par la présence du kyste. La vessie ne se vide qu'avec difficulté. La dysurie avec pallakiurie s'installe. La pesanteur et la gêne dans le bas-ventre vont en augmentant. La cystite et ses complications peut en être la conséquence.

Le rectum, de son côté, va souffrir, lui aussi, de la compression. La constipation devient de plus en plus opiniâtre. Il peut en résulter une infection calibacillaire grave (pyélonéphrite, cholécystite, appendicite), ou une autointoxication par la résorption des déchets qui devraient, normalement, être évacués.

Ces malades présentent souvent des pertes muco-purulentes. Des signes de congestion utérine, péri-utérine ou annexielle peuvent apparaître. Or, nous savons que ces états pathologiques sont susceptibles de provoquer une terminaison prématurée de la grossesse. Quoique rare, Lang a pu observer cette éventualité dans quelques cas.

De l'influence de la grossesse sur les kystes du vagin

Les auteurs ont remarqué depuis fort longtemps que les kystes subissaient une réelle influence de la part de l'état puerpéral.

L'hypertrophie et l'hyperplasie qui atteignent tous les organes pelviens pendant la grossesse, sont loin de laisser indifférents les kystes du vagin. Ceux-ci ayant, généralement, la même origine embryonnaire que les organes pelviens, subissent la même poussée évolutive que ces organes. Donc, pendant la grossesse, tout kyste du vagin, ou la plupart d'entre eux, augmente de volume. Souvent le kyste n'a été révélé qu'après l'accouchement, si bien que certains auteurs ont pensé que la grossesse était la véritable cause du kyste. Ceci n'est pas admis, car, si le kyste était resté méconnu jusqu'à la grossesse, c'est parce que, certainement, il était encore de volume tout à fait réduit.

Au cours de l'accouchement, le kyste est rarement cause de dystocie. Il faut citer pourtant les quelques cas publiés par Peters et Puech dans lesquels, l'accouchement ne se faisant pas, les auteurs durent évacuer les kystes, trop volumineux, par ponction.

Diagnostic

Nous ne pouvons nous appesantir sur les caractères de la tumeur kystique, les ayant étudiés dans la pathogénie et la clinique.

Il faut rappeler que, pour un bon examen, nous devons pratiquer systématiquement le toucher combiné au palper abdominal et utiliser le spéculum.

Il faut s'assurer préalablement de la vacuité de la vessie et du rectum.

Pour écarter une cystocèle ou une urétrocèle, le sondage vésical, suivi d'instillation d'eau peut rendre un réel service. D'ailleurs, ces deux affections s'accompagnent de troubles fonctionnels qui leur sont propres.

Les diverticules vésicaux et urétraux seront reconnus par la cysto et l'urétroscopie.

La rectocèle sera facilement éliminée par le toucher rectal. Elle siège sur la ligne médiane de la face postérieure du vagin.

Il faut explorer également avec soin les régions utérine, utéro-ovaire et pelvienne. On ne confondra pas un kyste du vagin avec ceux du col utérin qui sont des polypes plus ou moins pédiculés.

Penser aussi aux kystes para-utérins et aux fibromes utérins pédiculés qui sont à évolution pelvienne ou abdominale.

Le prolapsus total utéro-vaginal se reconnaît facilement à ses signes cliniques.

L'hématocolpos latéral, accumulation du sang menstruel, dans un vagin double oblitéré à sa partie inférieure, peut être difficilement différencié d'avec un kyste du vagin. La ponction permettra souvent d'en faire le diagnostic.

La hernie vaginale se reconnaît au toucher vaginal : en faisant tousser la malade, le doigt enfoncé dans le cul-de-sac antérieur reçoit une impulsion.

Nous pouvons conclure que le diagnostic du kyste du vagin est relativement facile.

Diagnostic des kystes du vagin au cours de la grossesse

Au cours de la grossesse nous n'aurons pas de difficultés particulières, non plus, pour établir un diagnostic certain de kyste du vagin.

Ainsi, on reconnaîtra facilement un utérus gravide en rétroversion dans le Douglas.

Un polype, des veines hypertrophiées et turgescents de la paroi vaginale, un thrombus du vagin seront vite écartés.

Vers la fin de la grossesse, il faudra se méfier de la rupture d'un kyste du vagin, l'écoulement consécutif pouvant faire croire à une rupture de la poche des eaux. L'interrogatoire et le toucher vaginal nous permettront de faire le diagnostic.

L'hydrorrhée déciduale est souvent délicate à différencier d'un kyste rompu. Le toucher attentif peut établir le diagnostic en constatant ou non la présence d'un kyste rompu.

Enfin, la femme étant en travail, la poche des eaux elle-même tendue, peut faire croire à un kyste. Le diagnostic s'impose après un toucher et un examen approfondis.

Pronostic

Le pronostic des kystes du vagin est, dans l'immense majorité des cas, bénin. Souvent ils passent inaperçus, soit à cause de leur petit volume, soit à cause de leur évolution lente. (Tillaux avait observé une malade qui en a gardé un, gros comme un œuf, pendant vingt ans).

Cependant, dans certains cas, ils peuvent être la cause de divers troubles plus ou moins pénibles, comme nous l'avons déjà signalé plus haut. Ainsi, ils peuvent être d'un volume excessif et comprimer les organes voisins (vessie, rectum). Après une rupture, ils peuvent être le point d'origine de complications infectieuses.

Enfin, on a enregistré quelques cas où le kyste, par son volume, a été cause de dystocie au cours de l'accouchement.

En raison de ces inconvénients toujours possibles, chaque fois qu'on se trouve en présence d'un kyste du vagin, il est préférable de l'enlever.

Traitement

Le traitement de choix à l'heure actuelle est, sans conteste, l'extirpation chirurgicale totale du kyste.

Autrefois, on a préconisé la ponction ou l'incision suivies d'injection cautérisante (nitrate d'Arg., teinture d'iode, chlorure de Zn). Cette méthode est à rejeter, car non seulement le kyste se reforme, mais il peut être aussi exposé à des accidents infectieux.

Par contre, l'extirpation totale assure une guérison certaine et rapide.

Elle se fera à l'anesthésie locale, le plus souvent. On fait une incision au bistouri de la paroi kystique. On décolle le kyste patiemment en cherchant un plan de clivage de façon à extirper en bloc la tumeur. On reconstitue ensuite la paroi vaginale par suture simple au catgut.

Dans certains cas, l'extirpation peut présenter quelques difficultés, tels les kystes pré-rectaux et para-urétraux à cause de l'absence du plan de clivage.

Si l'extirpation totale est impossible, il faut se contenter d'une résection partielle. La portion restante sera minutieusement cautérisée.

Dans le cas de kystes ouverts, le plus souvent infectés, le traitement consistera dans la cautérisation de la poche et le tamponnement.

Quelle doit être notre conduite durant la grossesse ? D'une façon générale, tout kyste du vagin, diagnostiqué pendant la grossesse, doit être enlevé. Certains auteurs prétendent que toute intervention portant sur le vagin peut être la cause d'accouchement prématuré. Il est peut-être plus prudent de n'intervenir qu'au début de la grossesse ou au cours du 9^e mois.

Si la femme est en travail, et si le kyste menace, par son volume, d'être cause de dystocie au moment de l'accouchement, on sera contraint de faire une ponction suivie d'injection cautérisante, comme le fit Puech.

En terminant, nous pensons nécessaire d'insister sur l'utilisation de l'extirpation totale des kystes du vagin, même pendant la grossesse, car celle-ci peut leur faire subir des poussées suraiguës et un développement rapide.

OBSERVATIONS

OBSERVATION DE KYSTES SURVENUS AU COUR DE LA GROSSESSE

Observation 1 (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Aimes)

Mme R., âgée de 30 ans déjà mère d'un enfant de 7 ans, est enceinte de trois mois lorsque, le 10 janvier 1939, en urinant, elle remarque une grosseur qui fait issue à la vulve. En même temps, elle éprouve une douleur sourde dans le bas-ventre, douleur qui persiste pendant toute la journée. Elle consulte, le même soir, son médecin qui porte le diagnostic de kyste du vagin et conseille l'intervention.

Examen: On perçoit, au toucher vaginal, au-dessus du col utérin ramolli, une tumeur régulièrement arrondie, saillante dans le vagin, dont elle occupe plus de la moitié postérieure.

L'examen au spéculum révèle la présence d'un kyste qui fait une saillie translucide sous la muqueuse tendue, très amincie, transparente, dans le quart supérieur de la paroi antérieure du vagin, entre le col utérin et la vessie.

Sous anesthésie locale, le 11 janvier 1939, une incision transversale permet d'enlever facilement un kyste du volume d'un gros œuf de dinde. La poche, dont la dissection ne présente aucune difficulté, se prolonge profondément par un infundibulum qui est extirpé en totalité. Suture de l'incision par trois points de catgut. Suites normales.

La grossesse évolue normalement; l'opérée est revue le 27 juin 1939: pas de cicatrice visible.

L'accouchement se fait le 6 juillet 1939, sans aucun incident. L'opérée met au monde un fillette de 3 kg. 160.

L'examen histologique a été pratiqué le 13 janvier 1939, par M. le Professeur E. Grynfeldt. En voici le résultat:

L'enveloppe de ce kyste est formée d'une *membrane muqueuse* doublée extérieurement d'une tunique musculo-conjonctive.

1° *La muqueuse*, dont l'épithélium a disparu sur la plus grande partie de la surface, paraît être constituée par un *revêtement malpighien* (en faible partie conservé), reposant sur une épaisse couche conjonctivo-vasculaire.

L'épithélium malpighien, du type des muqueuses (c'est-à-dire sans stratum granuleux, ni couche cornée), est *planiforme*, dépourvu de papilles. De loin en loin, sa couche profonde est refoulée par un capillaire sanguin qui, sitôt qu'il a dépassé la couche basilaire, s'incurve sur lui-même et se place parallèlement à la surface du revêtement pavimenteux statifié. Cette orientation uni-

peu particulière au premier abord tient, sans doute, à la distension de la paroi kystique, qui a « couché » le vaisseau sanguin. Cette distension de l'épithélium trouve une nouvelle expression dans la disposition des cellules malpighiennes. Celles de la couche basilaire, prismatiques, à gros noyau elliptique, ont pris une direction oblique, elles aussi, et paraissent couchées, tandis que les assises supérieures (au nombre de 7 à 8) ont perdu leur forme cubique ou polyédrique pour s'étirer parallèlement à la surface et revêtir un aspect fortement aplati.

Le chorion est exclusivement fibro-vasculaire, c'est-à-dire constitué par des plans de fibres conjonctives puissantes, disposées en une série de plans parallèles à la surface du chorion, ébauchant une sorte de tissu « aponevrotique ». Dépourvu de formations élastiques importantes, ce tissu est parcouru par des capillaires sanguins à direction ascendante, c'est-à-dire perpendiculaire à la surface de la membrane, assez nombreux. Dans la profondeur, la formation conjonctive devient plus lâche et renferme de nombreuses artérioles, entre lesquelles on aperçoit de très larges capillaires veineux, veines rudimentaires formées seulement d'un endothélium extérieurement doublé d'une mince membrane fibreuse, simple condensation de la trame du derme.

2° *La couche conjonctivo-musculaire* est formée d'une trame conjonctive assez lâche, renfermant de nombreux faisceaux de fibres musculaires lisses, d'épaisseur très variable et orientés dans toutes les directions. Cette

couche musculaire est, elle aussi, abondamment pourvue en gros capillaires sanguins et en larges lacunes veineuses.

OBSERVATION II

(Dieulafoy, *Marseille Médical*, 1928)

Femme de 32 ans, enceinte de deux mois, ayant déjà deux enfants.

Lors du précédent accouchement, elle avait vu se développer, sur la paroi postérieure du vagin, un kyste, qu'on est obligé de ponctionner.

Au cours de la nouvelle grossesse, le kyste s'ouvrit spontanément, amenant ainsi du soulagement.

On décide l'intervention. Au cours de celle-ci, l'opérateur, en clivant le kyste dut remonter jusqu'à la base du ligament large. Il découvrit ensuite trois autres kystes sur la paroi postérieure.

OBSERVATION III

(Dieulafoy, *in thèse G. Cauquil*, 1925)

(Résumée).

M. J..., 26 ans; très bonne santé habituelle, mariée depuis deux ans.

Grossesse de quatre mois. Il y a environ deux mois, qu'elle se plaint d'un corps étranger faisant obstacle à l'orifice vulvaire.

Diagnostic: Kyste de la paroi antérieure du vagin. C'est une tumeur arrondie, lisse, tendue, semi-fluctuante, recouverte par une muqueuse vaginale saine.

Il n'y a aucun trouble fonctionnel.

On propose l'extirpation du kyste, ce qui est accepté. On pratique une incision longitudinale; on libère la poche kystique et on extirpe. Petite mèche de drainage dans le plan de clivage. Reconstitution de la paroi vaginale par des points au catgut.

Guérison rapide. Accouchement à terme et dans des conditions tout à fait normales.

OBSERVATION IV

(*Paucot, in thèse G. Cauquil, 1925*)

(Résumée).

Mme B., secondipare, âgée de 27 ans, consulte son médecin au début du sixième mois de sa grossesse, pour gêne et pesanteur dans le bas-ventre.

L'exploration digitale permet de constater la présence d'un kyste du volume d'une petite mandarine, fixée sur la paroi antérieure du vagin.

La tumeur n'existait pas lors de la précédente grossesse. Elle s'est développée très rapidement, en l'espace de deux à trois mois.

Sous anesthésie locale, on extirpe après une incision elliptique de la muqueuse, un kyste médian, à paroi mince.

La plaie est suturée au catgut, comme dans la colporraphie antérieure.

OBSERVATION V

(Peters, in Puech, *Montpellier Médical* 1892)

Il s'agit d'une femme de 34 ans, arrivée au terme d'une quatrième grossesse. La poche des eaux a déjà été rompue depuis deux heures, lorsque Peters fut appelé. Au toucher, il constata une tumeur molle, occupant toute la cavité vaginale. Etant donnée la mollesse de la tumeur, l'intensité des contractions utérines, la descente de la tête première, il crut pouvoir abandonner à la nature la terminaison de l'accouchement.

Or, à 10 heures du soir, le travail étant commencé depuis 5 heures du matin, l'accouchement n'était pas encore fait.

Une application de forceps fut infructueuse. C'est alors qu'on dut ponctionner la tumeur. Celle-ci s'affaissa et l'accouchement put se faire facilement.

C'est une observation à retenir de kyste pouvant être une cause de dystocie au cours de l'accouchement.

OBSERVATION VI

(Mundé, in Porak, *Gaz. Hebdomadaire* 1884, p. 159)

(Résumée).

Femme de 36 ans, enceinte pour la neuvième fois.

Au cours de sa neuvième grossesse, la malade s'était aperçue de la présence d'une tumeur vaginale, grosse comme une petite orange, fluctuante, peu mobile.

Avant la grossesse, la tumeur était à peine apparente. Depuis, elle a considérablement augmenté de volume, au point d'oblitérer complètement le conduit vaginal. Après une ponction qui est restée sans résultat, on se décide à enlever la tumeur. On ne put y réussir, car pendant la dissection, la membrane mince du kyste se rompit en laissant s'écouler un liquide clair et gélatineux. On enleva la plus grande partie de la poche. On badigeonna avec de la teinture d'iode la partie qu'on a dû abandonner.

La guérison fut obtenue au bout de quelques jours et l'accouchement eut lieu à terme.

OBSERVATION VII

(Rostagni, *Thèse de Montpellier*, 1908-1909)

(Résumée).

Mme A. B..., 24 ans, primipare, sans antécédents.

Deux jours avant son accouchement, elle éprouve dans le vagin une sensation de corps étranger. Elle y porte la main et perçoit, affleurant à la vulve, une grosseur indolore, du volume d'une noix.

L'accouchement a lieu sans incident.

Diagnostic: Kyste du volume d'une noisette, siégeant à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de la paroi antérieure du vagin; il est pédiculé.

Extirpation complète. Guérison.

L'examen histologique a montré que c'était un kyste d'origine gartnérienne.

OBSERVATION VIII

(Puech, *Montpellier Médical*, 1892)

(Résumée).

Mme D., 25 ans, repasseuse, bien constituée. Entre dans le service de M. le Professeur Grynfeldt, en octobre 1891.

Première grossesse, 5 ans auparavant, normale, ainsi que l'accouchement.

Peu après, elle s'aperçoit, par hasard, de la présence d'une tumeur au niveau de la région vulvo-vaginale. Aucun trouble fonctionnel.

Quatre ans après, troisième grossesse. A terme, on constate au niveau du tiers inférieur du vagin, une tumeur du volume d'un œuf de poule.

A dilatation complète, le kyste est poussé vers la partie inférieure du vagin par la tête fœtale. La progression de celle-ci ne se faisant pas, on est contraint

de ponctionner le kyste, après soins antiseptiques. On retire 100 gr. de liquide puriforme. Le dégagement se fait alors normalement.

Onze jours après, le kyste s'est reformé. La malade refuse de se laisser opérer, la présence de la tumeur ne la gênant pas.

OBSERVATION IX

(In Poupinel; Résumée)

Femme de 36 ans. Tumeur du vagin datant de deux ans, saillant à la vulve dans la station verticale et n'ayant pas empêché l'évolution de deux grossesses.

La première grossesse a débuté au moment de l'apparition de la tumeur qui a rapidement augmenté de volume. Celle-ci a présenté son maximum de volume vers la fin de la grossesse.

Diagnostic: Kyste piriforme, à grand axe allongé d'avant en arrière et de haut en bas, mesurant de 14 à 15 centimètres de long. La partie postérieure du kyste est ulcérée.

On l'enlève. L'étude microscopique montre qu'il s'agit d'un kyste développé aux dépens des canaux de Gartner.

OBSERVATION X

(Reboul, in thèse Zeligson)

(Résumée).

Femme de 40 ans, cuisinière.

A l'âge de 20 ans, la malade constate la présence de deux kystes siégeant sur la paroi antérieure du vagin.

A 21 ans, une grossesse. Après l'accouchement, la tumeur augmente de volume, mais pas de troubles fonctionnels.

A 35 ans, nouvel accouchement. Augmentation rapide du kyste. Gêne, douleurs dans le bas-ventre; la miction exige des efforts. La malade devient très nerveuse.

A l'examen on trouve deux kystes, l'un gros comme une noisette, l'autre comme une noix.

Extirpation totale.

A l'examen histologique, on voit qu'il s'agit de kystes d'origine gartnérienne.

CONCLUSIONS

Les kystes du vagin sont généralement rares.

Ce sont, le plus souvent, des dysembryoplasies développées aux dépens des canaux de Müller, de Gartner, ou bien des hétérotopies glandulaires.

Pour un certain nombre de cas, l'origine en est obscure.

Ils ont peu de symptômes, mais peuvent être une source de complication sérieuses, notamment au moment de l'accouchement. Cette dernière éventualité est, cependant, rare.

Leur pronostic est bénin.

Le diagnostic devra en être fait de façon précise.

Le traitement se résume en un mot : extirpation totale dès que le diagnostic est fait.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Kyste de la paroi postérieure du vagin. *Bull. et Mém. Soc. Anat.*, Paris, 1903, p. 435.
- ACHARD et LANNELONGUE. — *Traité des kystes congénitaux*, 1886, p. 442.
- ARMAND. — Urétrocèles vaginales et kystes. *Thèse Paris*, 1930.
- AUVRAY (M.). — Kyste suppuré du vagin d'origine wolffienne ouvert dans l'urètre. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, Paris, 1924, xiii, p. 733-735.
- BOURSIER (A.) et AUVRAY (M.). — Précis de Gynécologie, 3^e édition, t. 1, p. 432-442.
- CASTAING (P.) et DIEULAFÉ (L.). — Des kystes du vagin. *Arch. Prov. Chir.* 1902, t. xi, p. 23.
- CAUQUIL (Gustave). — Des kystes du vagin dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. *Thèse Toulouse*, 1925.
- CAXLEY HENNING (1847). — *Revue de Chirurgie*.
- CHALOT. — Kystes wolffiens et mulleriens. *Ann. de Gyn.*, 1892, p. 11.
- COLLARDOT. — Des kystes du vagin. *Thèse Paris*, 1881.
- COMBE. — Kystes du vagin. *Thèse Paris*, 1889.
- DAINVILLE (F.). — Kystes du vagin. *Bull. et Mém. Soc. Anat.* Paris, juin 1903, p. 528.
- De ROUVILLE. — Kyste vulvo-vaginal développé aux dépens des débris persistants du canal de Gartner. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.* Paris, 1928, juillet, p. 647.

- DESCAMPS (A.). — Kyste double du vagin avec hydro-colpos. *Gynécologie*, avril 1929, p. 204-210.
- DIEULAFÉ (L.). — Kystes multiples du vagin. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, Paris, 1923, t. XII, p. 341-343.
- Kystes multiples du vagin. *Marseille Médical*, 1928, p. 225-228.
- FEURTET. — Kyste du vagin. *Thèse Paris*, 1902.
- FORGUE (E.). — Précis de Pathologie externe, 8^e édition. t. II, p. 878, 1130 et 1260.
- FRÉDET. — Kyste postérieur dérivant probablement du cul-de-sac de Douglas embryonnaire. *Bull et Mém. Soc. Anat. Paris*, mai 1903, p. 647.
- Etude anatomique sur l'origine des kystes du vagin. *Ann. de Gynéc.*, mars 1904, p. 129.
- HARDOUIN (P.). — Deux observations de kystes du vagin, d'origine Gartnérienne. *Bull et Mém. Soc. Anat. Paris*, 1910, p. 607-610.
- HARTMANN (Henri). — Hernie vaginale. *Ann. de Gynéc.*, 1917, p. 350.
- HUGUIER (1847). — *Revue de Chirurgie*.
- LANG. — Les kystes du vagin dans leur rapport avec la grossesse et l'accouchement. *Thèse Nancy*, 1903-1904.
- LESCUYER de VILLERS. — Kystes du vagin au cours de la gestation et de l'accouchement. *Th. Paris*, 1923.
- LE LOSTEC (J.-L.). — Kystes du vagin. *Thèse Bordeaux*, 1933.
- MARION. — Kystes du vagin. *Gaz des Hôp. Paris*, 1902, n° 13, p. 117-122.

- MOCQUOT. — Pratique médico-chirurgicale, 3^e édition nouvelle, t. 8.
- MONTCERISIER (M.). — Kystes du vagin et puerpéralité. *Thèse Marseille*, 1931.
- MONTPELLIER (J.). et LAFFARGUE. — A propos d'un kyste péri-urétral. *Bruxelles Médical*, mars 1933, p. 515-525.
- PAUCOT. — Kyste du vagin chez une femme enceinte. *Rev. Soc. d'Obst. et Gynéc. Paris*, 1922, t. XI, p. 795.
- PUECH (P.). — Kyste du vagin compliquant l'accouchement. *Montpellier Médical*, juin 1892, p. 28.
- RAYNAUD (Mlle Jeanne). — Kystes du vagin. *Thèse Montpellier*, 1939.
- TARNIER et BUDIN. — *Traité d'Obstétrique*.
- THALINGER. — Des kystes du vagin; en particulier des kystes de la paroi antérieure. *Th. Paris*, 1885.
- THEVENOT. — Kyste de la paroi vésico-vaginale d'origine gartnerienne. *Lyon Chirurgical*, 1913, n° 3.
- THIERY (P.) et LAZARIDÈS (P.). — Kystes du vagin d'origine wolffienne probable. *Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris*, 1920, xc, p. 451.
- TOURNEUX (J.-P. et G.). — Kyste du vagin à épithélium mixte. *Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris*, 1920, LXXX, p. 147-150.
- VAUTRIN. — Sur quelques variétés rares de kystes du vagin. *Rev. Méd. de l'Est, Nancy*, 1919, XLVII, p. 53.
- VAYSSIÈRE. — Tumeurs kystiques du vagin. *Marseille Médical*, juillet 1931, p. 61-68.
- WEIL. — Contribution à l'étude des kystes du vagin. *Thèse Nancy*, 1904.
- ZELIGSON (Mlle). — Des kystes du vagin. *Thèse Paris*, 1895.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre:

**Contribution à l'Etude des kystes du Vagin
au Cours de la Grossesse**

par M BOBINKOVITCH Vladimir

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression

Montpellier, le 18 Novembre 1939.

Le professeur : AIMES.

Vu:

Montpellier, le 20 Novembre 1939

le Doyen,

EUZIERE

Vu et permis d'imprimer;

Montpellier, le 22 Novembre 1939

Le Recteur,

PARISELLE

